



BUPATI PURWOREJO

PERATURAN BUPATI
PURWOREJO
NOMOR: 188.4/ 9 .B /2008

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN **UMUM** RUMAH SAKIT **UMUM** DAERAH
SARAS IIUSADA PURWOREJO

BUPATI PURWOREJO,

Menimbang

- a. bahwa Standar Pelayanan Minimal merupakan persyaratan Pembahan kelembagaan RSUD SARAS HUSADA menjadi Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Purworejo.
- b. bahwa akuntabilitas kinerja pelayanan harus dapat ditunjukkan dengan adanya jenis pelayanan dasar, indikator-indikator dan target pencapaian kinerja yang ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal
- c. bahwa belum tersedianya indikator-indikator kinerja pelayanan di RSUD SARAS IIUSADA .
- d. bahwa berdasarkan butir a, b, dan c maka perlu disusun standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Purworejo.

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 Tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355)
Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggung jawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 202, Tambahan Lembaran

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BLU RSUD SARAS HUSADA PURWOREJO

i

Pasal 2

- (1) BLU RSUD Saras Husada Purworejo menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam pelayanan rumah sakit sebagaimana tercantum dalam lampiran kepulusan ini, meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target:
 - a. Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang dan Pelayanan Keperawatan
 1. Instalasi Gawat Darurat (IGD):
 - a. Kepuasan pelanggan, target > 70 %.
 - b. Respon Time < 5 menit, target > 90 %.
 - c. Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/ACLS, target 100%.
 2. Instalasi Rawat Inap :
 - a. Kepuasan pelanggan, target > 85 %.
 - b. Kejadian Infeksi Nosokomial, target < 2 %.
 - c. Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur/kereta dorong, target 100%.
 - d. Jam visite dokter maksimaljam 11.00 WIB , target > 90 %.
 3. Instalasi Bedah Sentral (IBS):
 - a. Kejadian kematian dimeja oprasi, target < 1 %.
 - b. Tidak terjadinya salah operafi (sisi, orang, ketinggalan alat), target 100 %.
 4. Persalinan
 - a. Kejadian kematian ibu karena perdarahan atau PEB, target < 1 %.
 - b. Kejadian komplikasi Scasio Caesaria (SC), target < 1%.
 - c. Jumlah hari perawatan SC < 6 hari, target > 90 %.
 - d. Jumlah hari perawatan persalinan normal < 2 hari, target > 90 %.
 - e. Kepuasan pelanggan, target > 85 %.

Pertanggung jawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4027);
Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090);
Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Daerah
Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah;
Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
Peraturan Daerah Kabupaten Daerah Tingkat II Purworejo Nomor 9 Tahun 1997 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Daerah Tingkat II Purworejo

Surat Bupati Nomor 060 / 358 / 2008 tanggal 28 Januari 2008 tentang Persetujuan Pembentukan BLUD RSUD Saras Husada Purworejo

MEMUTUSKAN :

PERATURAN BUPATI PURWOREJO TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RSUD SARAS HUSADA PURWOREJO

BABIKETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :
Daerah adalah Kabupaten Purworejo
Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah
Bupati adalah Kepala Daerah Kabupaten Purworejo

Direktur adalah Kepala Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo
Pelayanan rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh BLU RSUD Saras Husada Purworejo kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLU RSUD Saras Husada Purworejo kepada masyarakat
Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo yang selanjutnya disebut BLU RSUD Saras Husada Purworejo merupakan instansi di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

5. Intensive Care Unit (ICU)
 - a. Kejadian decubitus, target < 2 %.
 - b. Kepuasan pelanggan, target > 90 %.
 - c. Rata - rata pasien kembali ke ICU dengan kasus sama < 72 jam, target < 1 %.
 - d. Perawat bersertifikat ICU dari jumlah tenaga, target > 25 %.
6. Radiologi:
 - a. Waktu tunggu pasien mendapatkan hasil maksimal 3 jam, target > 80 %.
 - b. Kepuasan pelanggan, target > 80 %.
7. Instalasi gizi:
 - a. Ketepatan diit pasien, target 100 %.
 - b. Kepuasan pasien, target > 80 %.
8. Rekam Medis (RM):
 - a. Kelengkapan dokumen RM, target > 90 %.
 - b. Waktu pelayanan pembuatan visum 4 hari, target > 80 %.
9. Limbah:
 - a. Kesuaian baku mutu limbah cair, target > 90 %.
 - b. Ketepatan pemisahan sampah medis dan non medis, target > 70 %.
10. Ambulance :
 - a. Kecepatan pelayanan maksimal 30 menit, target > 80 %.
11. Instalasi Pengolahan Data Elektronik (IPDE):
 - a. Waktu tunggu menangani error maksimal 15 menit target > 90 %
12. Laboratorium :
 - a. Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium, target < 10 %.
 - b. Jenis pemeriksaan yang tidak terlayani, target < 5 %.
 - c. Kepuasan pelanggan, target > 80 %.
13. Farmasi:
 - a. Tidak terjadinya kesalahan pelayanan obat, target 100 %.
 - b. Tidak terjadinya kesalahan penulisan etiket obat, target 100
 - c. Kejadian tidak terlayananya resep, target < 5 %.
 - d. Kepuasan pelanggan, target > 80 %.

14. Rawat Jalan

- a. Waktu mulai pemeriksaan poliklinik maksimal jam 10.00 WIB, target 100%.
- b. Waktu tunggu pasien poliklinik tidak lebih dari 2 jam, target > 90%.
- c. Kepuasan pelanggan poliklinik, target > 90 %.

15. Administrasi dan Manajemen :

- a. Kecepatan pelayanan administrasi pasien pulang tidak lebih dari 2 jam, target > 80 %.

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) diberlakukan dan dilaksanakan melalui penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang ditetapkan oleh BLU RSUD Saras Husada Purworejo

BAB III

PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1) Direktur BLU RSUD Saras Husada Purworejo bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLU RSUD Saras Husada Purworejo sesuai Standar Pelayanan Minimal .
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua lini melalui penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit dibawah koordinasi instalasi mutu BLU RSUD Saras Husada Purworejo
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Rumah Sakit dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target; masing-masing bidang pelayanan.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam perencanaan program pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang ditetapkan.

- (3) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan rumah sakit untuk pencapaian target sesuai Standar Pelayanan Minimal seluruhnya ' dibebankan pada anggaran BLU RSUD Saras Husada Purworejo

BAB V

PEMBINAAN

Pasal 6

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Fasilitasi dimaksud ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi:
 - a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. Penilaian pengukuran kinerja;
 - d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PENGAWASAN

Pasal 7

- (1) Direktur melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLU RSUD Saras Husada Purworejo sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan BLU RSUD Saras Husada Purworejo sesuai Standar Pelayanan Minimal kepada Bupati Purworejo

Pasal 8

- (1). Bupati melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan BLU RSUD Saras Husada Purworejo sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan.
- (2). Hasil evaluasi kemampuan dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Dewan Perwakilan Rakyat.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP
i

Pasal 10

Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di: Purworejo
pada tanggal: 26 Maret 2008

BUPATI PURWOREJO

Ttd.

H. KELIK SUMRAHADI, S.Sos, M.M

STANDART PELAYANAN MINIMAL (SPM) RSUD SARAS HUSADA PURWOREJO

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET
	INSTALASI GAWAT DARURAT	a. Kepuasan pelanggan b. Respon time < 5 menit c. Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/ACLS yang masih berlaku	> 70 % > 90 % 100%
	INSTALASI RAWAT INAP	a. Kepuasan pelanggan b. Kejadian inos c. Tidak terjadinya pasien jatuh dari Tempat Tidur (TT)/kreta dorong d. Jam visite dokter maksimal selesai jam 11.00	> 85 % < 2 % 100% >90 %
	INSTALASI BEDAH SENTRAL	a. Kejadian kematian dimeja operasi b. Tidak terjadinya salah operasi (Sisi, orang, ketinggalan alat)	< 1 % 100 %
	BERSALINAN	a. Kejadian kematian ibu karena perdarahan atau PEB b. Kejadian komplikasi SC c. Jumlah hari pemuatan Si' ^ 0 hari d. Jumlah hari perawatan partus normal > 2 lir e. Kepuasan pelanggan	< 1 % -0(1 % > «0 "o > 35 %
	ICU	a. Kejadian decubitus b. Kepuasan pelanggan c. Rata - rata pasien kembali ke ICU dengan kasus sama < 72 jam d. Perawat bersertikat ICU	<2 % > 90 % < 1 % >25 %
	RADIOLOG	a. Waktu tunggu pasien mendapatkan hasil maksimal 3 jam b. Kepuasan pelanggan	> 80 % > 80 %
	GIZI	c. Ketepatan diit pasien d. Kepuasan pasien	100 % > 80 %
	REKAM MEDIS	a. Kelengkapan dokumen RM b. Waktu pelayanan pembuatan visum 4 hari	> 90 % > 80 %

	JMDAI-I	a. Kesesuaian baku mutu limbah cair	> 90 %
		b. Ketepatan pemisahan sampah medis dan non medis	> 70 %
10	AMBULANCE	a. Kecepatan pelayanan maksimal 30 menit	> 80 %
	IPDÍZ	a. Waktu tunggu menangani error maksimal 15 menit	> 90 %
12	LABORATORIUM	a. Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium	< 10 %
		b. Jenis pemeriksaan yang tidak terlayani	< 5 %
		c. Kepuasan pelanggan	> 80 %
13	FARMASI	a. Tidak terjadinya kesalahan pelayanan obat	100 %
		b. Tidak terjadinya kesalahan penulisan etiket obat	100 %
		c. Kejadian tidak terlayannya resep	< 5 %
		d. Kepuasan pelanggan	> 80 %
14	INSTALASI RAWAT JALAN	a. Waktu mulai pemeriksaan poliklinik maksimal jam 10.00 WIB	100 %
		b. Waktu tunggu pasien poliklinik tidak lebih dari 2 jam	> 90 %
		c. Kepuasan pelanggan poliklinik	> 90 %
15	ADMINIS TRASI IJAN MANAJLMLN	a. Kecepatan pelayanan pasien yang sudah diijinkan pulang < 2 jam	> 80 %

1. INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan IGD
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan IGD
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6. bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan IGD
Denumcrator	Jumlah pasien yang mendapat pelayanan IGD
Sumber data	IGD
Standar target	> 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IGD
' Indikator	Response time
Dimensi mutu	Akses, efektifitas, keselamatan
Tujuan indikator	Untuk menunjukkan ketepatan waktu pasien mendapat pelayanan dokter
Definisi operasional	Waktu yang diperlukan pasien sejak diruang pemeriksaan sampai dengan mendapatkan pelayanan dokter.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat pelayanan dokter < 5 menit (yang disurvei)
Denumcrator	Jumlah kunjungan pasien IGD (yang disurvei)
Sumber data	IGD
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IGD
Indikator	Pemberian pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/ACLS yang masih berlaku
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan indikator	Tersedia pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang memiliki kompetensi bidang gawat darurat
Definisi operasional	Dokter dan perawat yang bertugas memiliki sertifikat PPGD/ATLS/ACLS
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode dilakukan analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/ACLS yang masih berlaku
Denumcrator	Jumlah dokter dan peiawat yang bertugas di IGD
Sumber data	IGD
Standar target	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IGD

2. INSTALASI RAWAT INAP

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan/penilaian melalui kuisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan rawat inap
Dcnumeralor	Jumlah pasien yang dirawat
Sumber data	Ruang Rawat Inap
Standar target	> 85 %
Penanggung jawab pengumpul data	Bidang Keperawatan
Judul	Kejadian infeksi nosokomial (Inos)
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui angka kejadian Inos
Definisi operasional	Angka kejadian Inos adalah infeksi yang didapat pasien setelah perawatan 3 x 24 jam dirumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami inos
Dcnumeralor	Jumlah pasien yang dirawat
Sumber data	Rekam Medik
Standar target	< 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pokja Inos
Judul	Tidak terjadinya pasien jatuh
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk menunjukkan tingkat keamanan pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Pasien yang jatuh dari tempat tidur/kereta dorong.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang jatuh
Dcnumcrator	Seluruh pasien yang dirawat
Sumber data	Ruang rawat inap
nilai	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bidang Keperawatan

Judul	Jam visite dokter maksimal jam 11.00
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	1. Mempercepat penanganan pasien 2. Mempercepat pemberian obat pada pasien
Definisi operasional	Kunjungan dokter ke pasien untuk melakukan pemeriksaan pada waktu jam kerja
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang divisite dokter < jam 11.00
Denumcrator	Jumlah seluruh pasien yang divisite dokter
Sumber data	Ruang Rawat Inap
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)

Indikator	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Agar tidak terjadi kematian dimeja operasi akibat kesalahan atau kelalain tindakan anestesi ataupun tindakan operasi
Definisi operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi pada waktu pelaksanaan operasi "
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan aialisa	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi
Denumcrator	Jumlah keseluruhan pasien yang dioperasi
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar target	< 1 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IBS
Indikator	Tidak terjadinya salah operasi (Sisi, orang, ketinggalan alat)
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Agar tidak terjadi kesalahan dalam tindakan operasi
Definisi operasional	Kesalahan petugas (dokter , perawat, administrasi) dalam melaksanakan tugas d, mang operasi yang mengakibatkan salah pasien/orang, salah sisi, dan adanya ketinggalan alat atau bahan didalam organ pasien ketika dilakukan tindakan operasi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi mendapat perlakuan salah dari petugas
Denumcrator	Jumlah keseluruhan pasien yang dioperasi
Sumbci data numerator dan denumcrator	Instalasi Bedah Sentral
Standar target	100 %
l'cnniJKRting jaWnb pengumpul data	1 Ka. Instalasi Bedah Sentral

4. PERSALINAN

i

Judul	Kejadian kematian akibat perdarahan atau PEB
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk menekan angka kematian ibu bersalin akibat perdarahan atau PEB
Definisi operasional	Ibu bersalin yang meninggal di rumah sakit akibat perdarahan atau akibat PEB
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah ibu bersalin yang meninggal akibat perdarahan atau PEB
Denumerator	Jumlah ibu bersalin yang mengalami perdarahan atau PEB
Sumber data	Ruang bersalin
Standar target	< i %
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. SMF Obsgyn

Judul	Kejadian komplikasi Seccio Caesaria (SC)
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mencegah terjadinya komplikasi SC
Definisi operasional	Pasien yang dilakukann SC namun terjadi infeksi sehingga jahitan tidak menutup
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien SC yang terjadi komplikasi
Denumerator	Jumlah pasien yang dilakukann SC
Sumber data	Ruang Rawat Inap
Standar target	< 1%
Penanggung jawab pengumpul data	Panitia Inos
Judul	Jumlah hari perawatan SC < 6 hari
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan indikator	Agar pasien tidak terbebani biaya yang lebih besar
Definisi operasional	Lama pasien dirawat di rumah sakit sejak sebelum dilakukann SC, sampai pulang tidak melebihi 6 hari
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien < SC yang dirawat 6 hari
Denumerator	Jumlah pasien yang dirawat dengan SC
Sumber data	Ruang Rawat Inap
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

Judul	Jumlah hari perawatan partus normal < 2 hari
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan indikator	Agar pasien tidak terbebani biaya yang lebih besar
Definisi operasional	Lama pasien dirawat di rumah sakit sejak melahirkan normal sampai pulang < 2 hari
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien melahirkan normal yang dirawat < 2 hari
Denumcrator	Jumlah pasien yang melahirkan normal
Sumber data	Ruang rawat inap bersalin
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan.4erhadap pelayanan rawat inap di unit ruang bersalin
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisisioner yang diungkapkan oleh • pasien atau keluarganya terhadap pelayanan rawat inap di unit ruang bersalin
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan persalinan
Dnumcrator	Jumlah pasien yang dirawat
Sumber data	Kepala ruang bersalin
Standar target	> 85 %
Penanggung jawab pengumpul data	Bidang keperawatan
.5. INTENSIF CARE UNIT (ICU)	
Indikator	Kejadian decubitus
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui angka kejadian decubitus
Definisi operasional	Angka kejadian : decubitus adalah kejadian kerusakan integritas jaringan kulit akibat kurangnya alih baring selama dirawat dirumah sakit.
Frekuensi pengumpulan da'a	3 bulan
Periode dilakukan analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami decubitus
De-numerator	Jumlah pasien yang dirawat
Sumber data	ICU
Standar target	< 2 %
Penanggung jawab penguniDul data	Kepala ICU

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rawat intensif
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan rawat intensif
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan di ruang rawat intensif
Denumerator	Jumlah pasien yang dirawat
Sumber data	ICU
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

Judul	Kejadian pasien kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kejadian pasien kembali masuk ICU dengan kasus yang sama
Definisi operasional	Pasien yang sudah dinyatakan bisa pindah ruang rawat oleh dokter namun dalam waktu < dalam 72 jam pasien kembali lagi ke ICU
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali di rawat diruang ICU dalam waktu < 72 jam
Dcnumeralor	Jumlah pasien yang telah pindah dari ICU.
Sumber data	ICU
Standar target	< 1 %
Penanggung jawab pengumpul dta	Bidang keperawatan

Judul	Perawat bersertifikat ICU
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan indikator	Tersedianya pelayanan perawatan ICU oleh tenaga perawat yang mahir ICU
Definisi operasional	Perawat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ICU
Frekuensi pcngumpu'an data	6 bulan
Periode dilakukan analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah perawat yang sudah mempunyai surtifikat pelatihan ICU
Dcnumeralor	Jumlah perawat di ruang ICU
Sumber data	ICU
Standar target	> 25 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

6. RADIOLOGI

Judul	Waktu tunggu pasien mendapatkan hasil maksimal 3 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan indikator	Untuk mengetahui waktu yang dibutuhkan sejak pasien dilakukann pemeriksaan radiologi sampai pasien mendapatkan hasil pemeriksaan
Definisi operasional	Waktu yang dibutuhkan oleh pasien untuk menunggu hasil pemeriksaan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan hasil pemeriksaan radiologi dalam waktu kurang dari 3 jam.
Dcnumcrator	Jumlah pasien yang dilakukann pemeriksaan radiologi
Sumber data	Instalasi Radiologi
Standar target	5 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi
Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan rawat intensif
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan di Instalasi Radiologi
Dcnumcrator	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi
Sumber data	Instalasi Radiologi
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

7. INSTALASI GIZI

Judul	Ketepatan pemberian diit pasien
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui banyaknya angka kejadian ketidak tepatan pemberian diit pada pasien
Definisi operasional	Ketepatan diit adalah pemberian diit pasien yang tepat sesuai dengan nilai gizi maupun ukurannya.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan diit sesuai dengan diit yang ditentukan
Ddenumcrator	Jumlah pasien rawat inap yang mendapat diit.
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar target	100%
Penanggung jawab pengumpul data -	Kepala Instalasi Gizi
Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikatoii	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi RS
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan gizi
Ddenumcrator	Jumlah pasien yang dirawat yang mendapat pelayanan gizi
Sumber data	Instalasi gizi
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

8. REKAM MEDIS (RM)

Judul	Kelengkapan dokumentasi RM
Tujuan	Mengetahui sejauh mana dokumen rekam medis terisi secara lengkap
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	Agar dokumen rekam medis dapat terisi dengan lengkap
Definisi terminologi yang digunakan	Kelengkapan dokumen rekam medis adalah terisinya seluruh blangko yang ada pada RM pasien oleh petugas RS
Frekuensi up dating indikator	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Nomcralor	Banyaknya RM pasien yang terisi secara lengkap
Donumc/ator	Jumlah RM pasien
Sumber data	Rekam medik
Target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bag RM
Judul	Waktu pelayanan pemberian hasil visum maksimal selama 4 hari
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan indikator	Agar visum segera jadi dan dapat digunakan sebagaimana mestinya
Definisi operasional	Waktu yang dibutuhkan oleh pasien untuk menunggu hasil visum et repertum oleh dokter sejak permintaan visum diterima sampai visum jadi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah permintaan visum yang selesai dalam waktu kurang dari/sama dengan 4 hari
Dcnumerator	Jumlah permintaan visum dokter
Sumber data	Bagian RM
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bag RM

9. L7MBAII

Judul	Kesesuaian baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mencegah terjadinya pencemaran lingkungan sebagai dampak pembuangan limbah cair RS
Definisi operasional	Baku mutu limbah cair RS adalah batas maksimum limbah cair yang diperbolehkan dibuang ke lingkungan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode dilakukan analisis	tahun
Numerator	jumlah pembuangan limbah yang sudah : sesuai baku mutu
Denominator	Jumlah limbah cair yang dibuang
Sumber data	Instalasi Kesling
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kesling
Judul	Ketepatan pemisahan sampah medis dan non medis
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mencegah terjadinya pencemaran lingkungan sebagai dampak pembuangan limbah medis dan non medis
Definisi operasional	Pengolahan sampah medis dan non medis dilakukann secara terpisah sejak pembuangan pertama sampai pembuangan akhir
Frekuensi pengumpulan data	1 hari
Periode dilakukan analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian pembuangan sampah yang dipisahkan antara sampah medis dan non medis
Denominator	Jumlah frekwensi pembuangan sampah medis dan non medis
Sumber data	Instalasi Kesling
Standar target	> 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kesling

10. PELAYANAN AMBULANCE

i

Judul	Kecepatan pelayanan ambulance maksimal 30 menit
Dimensi mutu	Akses
Tujuan indikator	Agar pasien segera mendapat pelayanan ambulance
Definisi operasional	Waktu yang dibutuhkan dalam pelayanan ambulance, sejak pemesanan sampai pasien terlayananinya ambulance.
Frekuensi pengumpulan data	? bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah kejadian pelayanan ambulance yang kurang dari / sama dengan 30 menit
Denominator	Jumlah pemesanan ambulance
Sumber data	Bagian Kendaraan
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ka Sub Bag RTP

11. IF STALASI PENGOLAH DATA ELEKTRONIK (IPDE)

Judul	Waktu tunggu penanganan error maksimal 15 menit
Dimensi mutu	Akses
Tujuan indikator	Agar pelaksanaan tugas administrasi di RS tidak terganggu
Definisi operasional	Waktu yang dibutuhkan dalam menangani error komputer, sejak dilaporkan sampai petugas IPDE menangani komputer yang error
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian pelayanan komputer error kurang dari / sama dengan 15 menit
Denominator	Jumlah keseluruhan penanganan komputer error
Sumber data	IPDE
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPDE

12. LABORATORIUM	
Judul	Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Agar tidak terjadi kesalahan dalam penentuan diagnosa karena kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium
Definisi operasional	Hasil pemeriksaan laboratorium adalah hasil yang didapatkan dari pemeriksaan sampel yang dikirim sesuai dengan permintaan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kesalahan hasil
Denominator	Jumlah keseluruhan pemeriksaan laboratorium
Sumber data	Instalasi Laboratorium
Standar target	< 10 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium
Judul	Jenis pemeriksaan yang tidak terlayani
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui jenis pemeriksaan yang belum bisa dilayani dan penyebabnya
Definisi operasional	Jenis pemeriksaan laboratorium yang belum bisa terlayani oleh karena keterbatasan SDM dan atau fasilitas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan pemeriksaan laboratorium yang tidak terlayani
Denominator	Jumlah keseluruhan pemeriksaan laboratorium
Sumber data	Instalasi Laboratorium
Standar target	< 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium
Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan laboratorium
Denominator	Jumlah pasien yang periksa laboratorium
Sumber data	Instalasi Laboratorium
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

13. FARMASI

Judul	Tidak terjadinya kesalahan pelayanan obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Untuk mencegah terjadinya efek samping akibat kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Pelayanan obat adalah pembacaan resep dan pemberian obat secara benar sesuai dalam resep
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Denominator	Jumlah resep yang di layani
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar target	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
Judul	Tidak terjadinya kesalahan penulisan etiket obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan indikator	Agar tidak terjadi kesalahan dalam penulisan etiket obat
Definisi operasional	Penulisan etiket obat adalah penulisan nama pasien, dosis, dan aturan makan/minum dan cara pemberian obat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kesalahan dalam penulisan etiket obat
Denominator	Jumlah resep yang di layani
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar target	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
Judul	Kejadian tidak terlayannya resep
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui jenis obat yang tidak bisa dilayani di Instalasi Farmasi
Definisi operasional	Pelayanan resep yang terlawani dibagian farmasi adalah yang masuk dalam daftar formularium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian resep yang tidak terlayani
Denominator	Jumlah resep yang di layani
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar target	<5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numcratot	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi
Dcnumcrator	Jumlah pasien yang dilayani di Instalasi Farmasi
Sumber data	Instalasi farmasi
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi farmasi

14. INSTALASI RAWAT JALAN

Judul	Waktu mulai pemeriksaan poliklinik maksimal jam 10.00 WIB
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan indikator	Agar pasien poliklinik segera mendapatkan pelayanan dokter
Definisi operasional	Waktu dimulainya pelaksanaan pemeriksaan" pasien poliklinik oleh dokter ahli
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah poliklinik yang memulai pemeriksaan maksimal jam 10.00 WIB
Dcnumcrator	Jumlah jam rata-rata mulai pelayanan poliklinik
Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar target	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu pasien poliklinik tidak lebih dari 2 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan indikator	Agar pasien tidak menunggu terlalu lama untuk mendapatkan pelayanan poliklinik
Definisi operasional	Waktu yang dibutuhkan oleh pasien untuk menunggu pemeriksaan dokter sejak mendaftar sampai dengan dipanggil untuk mendapatkan pelayanan dokter (diperiksa oleh dokter)
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menunggu pemeriksaan dokter tidak lebih dari 2 jam
Dcnumcrator	Jumlah pelanggan di poliklinik
Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rawat jalan
Definisi operasional	Kepuasan pasien adalah pernyataan / penilaian melalui kuisioner yang diungkapkan oleh pasien atau keluarganya terhadap pelayanan rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode dilakukan analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan rawat jalan
Denominator	Jumlah pelayanan pasien di rawat jalan
Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar target	> 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
15. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN,	
Judul	Kecepatan pelayanan administrasi pasien yang diijinkan pulang < 2 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan indikator	Agar pasien segera dapat dipulangkan
Definisi operasional	Waktu yang dibutuhkan oleh pasien yang telah diijinkan pulang untuk melunasi biaya administrasi perawatan sejak pasien dinyatakan pulang hingga pasien mendapatkan kwitansi pembayaran.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien/keluarga yang mengurus administrasi pulang yang telah diijinkan < 2 jam
Denominator	Jumlah pasien/keluarga mengurus administrasi yang telah diijinkan pulang
Sumber data	Administrasi ruangan
Standar target	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Keuangan

KSÜD SARAS HUSADA PURWOREJO

NC	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINI *1AL INDIKATOR	NILAI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	PENANGGUNG JAYVAU	KET
1	INSTALASI GAWAT DARURAT	a. Kepuasan pelanggan b. Respon time s 5 menit c. Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD'ATLS ACLS yang masih berlaku	> 70 % > 90 % 100 %	3 tahun 3 tahun 3 tahun	Kepala IGD Kepala IGD Kepala IGD	
2	INSTALASI RAWAT INAP	Kepuasan pelanggan Kejadian inos Tidak terjadinya pa-Men jatuh dari Tempat Tidur "Kereta dorong Jam visite dokter maksimal selesai jam i 1.00	> S5 % < 2 % > 90 %	5 tahun 5 tahun 3 tahun 3 tahun	Bidang Kepe.awatrn Pokja Inos Bidang Keperawatan Ka. Inst. Ranap	
3	INSTALASI BEDAH SENTRAL	Kejadian kematian dimeja operasi Tidak terjadinya salah operasi (Sisi, orang, ketinggalan alat)	< 2 %	3 tahun 3 tahun	Kepala IBS Kepala IBS	
4	PERSALINAN	Kejadian kematian ibu karena perdarahan , PEB Kejadian komplikasi SC Jumlah hari perawatan SC < 6 hari Jumlah hari perawatan partus normal < 2hr Kepuasan pelanggan	< 1 % < 1 % > 90 % > 90 % > 85 %	5 tahun 5 tahun 5 tahun 3 tahun 5 tahun	Ka. SMF Obsgyn Panitia Inos Ka. Inst. Ranap Ka. Inst. Ranap Bidang Keperawatan	
5	ICU	Kejadian decubirus Kepuasan pelanggan Rata - rata pasien kembali ke ICU dengan kasus sama < 72 jam Perawat bersenikat ICU	< 2 % > 90 % < 1 % > 25 %	3 tahun 3 tahun 5 tahun 3 tahun	Kepala ICU Kepala ICU Bidang Keperawatan Kepala ICU	
6	RADIOLOGI	Waktu tunggu pasien mendapatkan hasil maksimal 3 jam Kepuasan pelanggan	> 80 % > 80 %	3 tahun 3 tahun	Ka. Inst. Radiologi Ka. Inst. Radiologi	
7	GIZI	Ketepatan diit pasien Kepuasan pasien	> 30 %	5 tahun 5 tahun	Ka. Inst. Gizi Ka. Inst. Gizi	
8	REKAM MEDIS	Kelengkapan dokumen RM Waktu pelayanan pembuatan visum 4 hari	> 90 % > 80 %	5 tahun 3 tahun	Ka.Subag. RM Ka.Subag. RM	
9	LIMBAH	Kesesuaian baku mutu limbah cair Ketepatan pemisahan sampah medis dan non medik	> 90 % > 70 %	5 tahun 3 tahun	Ka. Inst. Kesling Ka. Inst. Kesling	

10	AMBULANCE	Kecepatan pelayanan maksimal 30 menit	$\geq 80\%$	3 tahun	Ka. Subag. RTP	
11	IPDE	Waktu tunggu menangani error maksimal 15 menit	$\geq 90\%$	3 tahun	Ka. Inst. PDE	
12	LABORATORIUM	Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium Jenis pemeriksaan yang tidak terlayani Kepuasan pelanggan	$< 10\%$ $\leq 5\%$ $\geq 80\%$	3 tahun 5 tahun 5 tahun	Ka. Inst. Lab Ka. Inst. Lab Ka. Inst. Lab	
13	FARMASI	Tidak terjadinya kesalahan pelayanan obat Tidak terjadinya kesalahan penulisan etiket obat Kejadian tidak terlayannya resep Kepuasan pelanggan Waktu tunggu pelayanan obat jadi Waktu tunggu pelayanan obat racikan	$\leq 0,5\%$ $\leq 1,0\%$ $\leq 5,0\%$ $\geq 80\%$ ≤ 20 mnt ≤ 40 mnt	3 tahun 3 tahun 3 tahun 3 tahun 3 tahun 3 tahun	Ka. Inst. Farmasi Ka. Inst. Farmasi Ka. Inst. Farmasi Ka. Inst. Farmasi Ka. Inst. Farmasi Ka. Inst. Farmasi	
14	INSTALASI RAWAT JALAN	Waktu mulai pemeriksaan poliklinik maksimal jam 10.00 WIB Waktu tunggu pasien poliklinik tidak lebih dari 2 jam Kepuasan pelanggan poliklinik	$\geq 90\%$ $\geq 90\%$	3 tahun 3 tahun 5 tahun	Ka. Inst. Rajal Ka. Inst. Rajal Ka. Inst. Rajal	
15	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	Kecepatan pelayanan pasien yang sudah diijinkan pulang ≤ 2 jam	$\geq 80\%$	3 tahun	Kabag. Keuangan	

No	Unit Kerja	SPM		Pencapaian sekarang	Target dan batas waktu pencapaian					Program	Kegiatan	Tujuan	Waktu					Biaya	PJ
		Indikator	Nilai		2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012		
1	IGD	Tingkat kepuasan pasien	≥ 80%	70%	70%	70%	80%	90%	90%	Peningkatan Pelayanan IGD	1. Penyusunan SOP alat-alat medis	1. Tersedianya SOP alat-alat medis		Jan	-	-	-		
											2. Penyusunan protap Pendaftaran pasien	2. Tersedianya protap Pendaftaran pasien		Jan.	-	-	-		
											3. Penyusunan leaflet Ranap	3. Tersedianya leaflet Ranap		-	-	-	-		
											4. Penyusunan Alur pelayanan IGD	4. Tersedianya Alur pelayanan IGD		Jan.	-	-	-		
											5. Penyediaan alat dan obat sesuai standar/kebutuhan	5. Tersedianya alat dan obat sesuai standar/kebutuhan		Mei	Mei	Mei	Mei		
											6. Penyusunan Protap alur Aduan	6. Tersedianya Protap alur Aduan		Feb.	-	-	-		
											7. Penyusunan Tim aduan pelayanan RS	7. SK Direktur tentang Tim aduan public		2007	-	-	-		
											8. Penyediaan Kotak Saran	8. Tersedianya Kotak Saran		April	-	-	-		
											9. Pelatihan Customer Service	9. Terlatihnya Customer Service		Feb.	Feb.	Feb.	Feb.		
											10. Peningkatan jumlah tenaga sesuai standar/kebutuhan	10. Tersedianya tenaga sesuai standar/kebutuhan		April	April	April	April		
											11. Melakukan Survei kepuasan pelanggan	11. Adanya hasil Survei kepuasan pelanggan		Jan-Juli	Jan. - Juli	Jan. - Juli	Jan. - Juli		

IGD	Response time ≤ 5 menit	100%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Peningkatan pelayanan gawat darurat	1. Penyusunan Protap penerimaan pasien 2. Penyusunan SOP pelaksanaan Triase 3. Pelatihan ATLS dan ACLS untuk dokter / perawat IGD 4. Penyusunan Protap Life Saving	1. Tersusunnya Protap penerimaan pasien sesuai pelayanan 2. Tersusunnya Protap Triase sehingga screening pasien dpt dilakukan tepat dan cepat 3. Terlatihnya dokter/perawat yang kompetensi untuk menangani gawat darurat 4. Tersusunnya Protap Life Saving							
GD	Pemberi pelayanan bersertifikasi PPGD/ATLS/ACLS yang masih berlaku	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%		Peningkatan tenaga perawat dan dokter yang tersertifikasi ATLS/ACLS/PPGD	1. Mengirim pelatihan dokter ATLS/ACLS 2. mengirim perawat pelat. PPGD 3. Mengadakan in house training	1. semua dokter bersertifikasi ATLS, ACLS 2. semua perawat bersertifikasi PPGD		Feb.	Feb.	Feb.	Feb.		

	terjadinya pasien jatuh dari TT/kereta dorong								<p>n pelayanan keselamatan pasien</p> <p>2. Penyusunan protap ROM</p> <p>3. Penyusunan protap pengawasan pasien utk kasus2 tertentu.</p> <p>4. Pemasangan pengaman TT dan kereta dorong</p> <p>5. Penyettingan ruang untuk pasien pengawasan.</p> <p>6. Pemasangan karpet pada lantai yang licin/miring.</p> <p>7. Mengadakan Survey: pasien jatuh dari TT/kereta dorong</p> <p>8. Melakukan evaluasi terkait pasien jatuh dari TT/kereta dorong</p>	<p>Komite Keselamatan Pasien RS (KKPRS)</p> <p>2. Tersedianya protap ROM</p> <p>3. Tersedianya protap pengawasan pasien utk kasus2 tertentu.</p> <p>4. Terpasangnya pengaman TT dan Kereta dorong</p> <p>5. Tersetelnya ruang untuk pasien pengawasan</p> <p>6. Terpasangnya karpet pada lantai yang licin/miring</p> <p>7. Adanya hasil Survey: pasien jatuh dari TT/kereta dorong</p> <p>8. Adanya hasil dan tindak lanjut evaluasi tentang pasien jatuh dari TT/kereta dorong</p>		Jan							
											Jan								
											Jan								
											April	April	April	April					
											Juni	Juni	Juni	Juni					
											Juni	Juni	Juni	Juni					
											Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln					
											Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln					
Ranap	Jam visite dokter maksimum 1jam 11.00 WIB	≥ 90 %	70%	80%	90%	≥90%			Peningkatan pelayanan dokter	<p>1. Penyusunan protap Staf medis Fungsional (SMF)</p> <p>2. Penambahan dokter sesuai standar/kebutuhan</p> <p>3. Membangun komitmen pelayanan</p> <p>4. Pemilihan dokter</p>	<p>1. Tersedianya protap Staf medis Fungsional (SMF)</p> <p>2. Tersedianya dokter sesuai standar/kebutuhan</p> <p>3. Adanya komitmen dalam pelayanan</p> <p>4. Terpilihnya</p>		Jan						
											April	April	April	April					
											Jan	Jan	Jan	Jan					
											Nov	Nov	Nov	Nov					

										5. teladan Pembinaan dokter	5. dokter teladan Terbinanya dokter						
										6. Mengadakan Survey: Jam visite dokter	6. Adanya hasil Survey: Jam visite dokter	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln		
										7. Melakukan evaluasi terkait Jam visite dokter.	7. Adanya hasil dan tindaklanjut evaluasi tentang Jam visite dokter	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln		

			Sekarang	2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012						
3	IBS	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 2 % 0 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	Meminimalisir kejadian kematian di meja operasi.	10. Pembuatan protap persiapan operasi 11. Pembuatan standar tindakan medik pembedahan 12. Pembuatan protap peralatan instrument utk masing2 jenis operasi 13. Pembuatan protap tindakan narkose GA 14. Pembuatan protap peralatan pendukung:obat anestesi, alat anestesi, ruangan operasi. 15. Pembuatan protap tenaga operator /anestesi dan asisten. 16. Pemenuhan kebutuhan peralatan instrument sesuai standar/kebutuhan 17. Pemenuhan peralatan pendukung operasi: obat anestesi, alat anestesi, ruangan operasi sesuai standar/kebutuhan. 18. Pemenuhan kebutuhan tenaga operator/anestesi dan asisten sesuai standar/kebutuhan 19. Pelatihan perawat mahir bedah 20. Pengiriman dokter utk mengikuti seminar/workshop terkait pembedahan	10. Tersedianya protap persiapan operasi 11. Tersedianya protap standar tindakan medik pembedahan 12. Tersedianya protap peralatan instrument utk masing2 jenis operasi 13. Tersedianya protap tindakan narkose GA 14. Tersedianya protap peralatan pendukung:obat anestesi, alat anestesi, ruangan operasi. 15. Tersedianya protap tenaga operator /anestesi dan asisten. 16. Terpenuhiya kebutuhan peralatan instrument sesuai standar/kebutuhan 17. Terpenuhiya peralatan pendukung operasi: obat anestesi, alat anestesi, ruangan operasi sesuai standar/kebutuhan 18. Terpenuhiya kebutuhan tenaga operator/anestesi dan asisten sesuai standar/kebutuhan 19. Terlatihnya perawat mahir bedah 20. Terlatihnya dokter utk mengikuti seminar/workshop terkait pembedahan terkini.	Agst Agst Sept Sept Sept Okt Agst Agst Jan Des Sept										
												Aprl	Aprl	Aprl	Aprl							
												Agst	Agst	Okt	Okt							
												Jan	Jan	Jan	Jan							
												Juni	Juni	Juni	Juni							
												Sept	Sept	Nov	Nov							

										5. Penyelenggaraan AMP	5. Terselenggaranya AMP	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln
										6. Penyediaan alat dan obat yang sesuai standar dalam penanganan ibu SC	6. Tersedianya alat dan obat yang sesuai standar dalam penanganan ibu SC	April	April	April	April
										7. Pembuatan ruang nifas bedah & non bedah	7. Tersedianya ruang nifas bedah & non bedah	Agust	-	-	-
										8. Pelatihan perawat mahir bedah.	8. Terlatihnya perawat mahir bedah.	Feb	Feb	Feb	Feb
										9. Pelatihan perawatan luka untuk bidan/perawat	9. Terlatihnya bidan/perawat dalam perawatan luka	Feb	Feb	Feb	Feb
										10. Pelatihan infeksi nosokomial bagi perawat/dokter/CS SSD/Kesling.	10. Terlatihnya infeksi nosokomial bagi perawat/dokter/CS SD/Kesling.	April	April	April	April
										11. Melakukan survey komplikasi SC	11. Adanya hasil survey: komplikasi SC	Jul, Des	Jul, Des	Jul, Des	Jul, Des
										12. Mengadakan evaluasi/AMP penanganan ibu SC	12. Adanya hasil evaluasi/AMP & tindak lanjut penanganan ibu SC	Tiap bin	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln

Unit Kerja	SPM		Pencapaian Sekarang	Target dan batas waktu pencapaian					Program	Kegiatan	Tujuan	Target dan Batasan Waktu					Karya	Kj
	Indikator	nilai		2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012		
Persalinan	Jumlah hari perawatan SC ≤ 6 hari	≥90%				90%	90%	Peningkatan pelay. pd ibu SC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan Standar Pelayanan Medik SC 2. Penyusunan SAK SC 3. Penyusunan SAK ROM 4. Penyusunan Protap Rooming In 5. Penyediaan alat dan obat yang sesuai standar dalam penanganan ibu SC 6. Pembuatan ruang nifas bedah & non bedah 7. Pelatihan perawatan luka untuk bidan/perawat 8. Melakukan survey hari perawatan SC 9. Mengadakan evaluasi perawatan ibu SC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya Standar Pelayanan Medik SC 2. Tersedianya SAK SC 3. Tersedianya SAK ROM 4. Tersedianya Protap Rooming In 5. Tersedianya alat dan obat yang sesuai standar dalam penanganan ibu SC 6. Tersedianya ruang nifas bedah & non bedah 7. Terlatihnya bidan/perawat dalam perawatan luka SC 8. Adanya hasil survey: hari perawatan SC 9. Adanya hasil evaluasi & tindak lanjut perawatan ibu SC 	<p>Jan</p> <p>April</p> <p>Jan</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>April</p> <p>April</p> <p>April</p> <p>Jan</p> <p>Feb</p> <p>Feb</p> <p>Feb</p> <p>Feb</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap bulan</p> <p>Tiap bulan</p>	<p>Jan</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>April</p> <p>Jan</p> <p>-</p> <p>Jan</p> <p>Feb</p> <p>Feb</p> <p>Feb</p> <p>Feb</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap bulan</p> <p>Tiap bulan</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Jan</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap bulan</p> <p>Tiap bulan</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Jan</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap Bulan</p> <p>Tiap bulan</p> <p>Tiap bulan</p>				
Persalinan	Jumlah hari perawatan partus normal ≤ 2 hari	≥90%				≥90%	≥90%	Peningkatan pelay. pd ibu bersalin normal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan Standar Pelayanan Medik Persalinan normal 2. Penyusunan Standar Pelayanan Medik perawatan Nifas 3. Penyusunan SAK perawatan nifas 4. Penyusunan Protap perawatan payu dara 5. Penyusunan Protap menyusui dini 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya Standar Pelayanan Medik Persalinan normal 2. Tersedianya Standar Pelayanan Medik perawatan Nifas 3. Tersedianya SAK perawatan nifas 4. Tersedianya protap perawatan payu dara 5. Tersedianya protap menyusui dini 	<p>Jan</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>April</p> <p>Feb</p>	<p>Jan</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>-</p> <p>Feb</p>	<p>-</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>-</p> <p>Feb</p>	<p>-</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>-</p> <p>Feb</p>				

										6. Penyediaan alat dan obat yang sesuai standar dalam perawatan nifas	6. Tersedianya alat dan obat yang sesuai standar dalam perawatan nifas	Jan	Jan	Jan	Jan		
										7. Pembuatan ruang nifas bedah & non bedah	7. Tersedianya ruang nifas bedah & non bedah	April					
										8. Pelatihan APN bagi Bidan	8. Terlatihnya APN bagi Bidan	april uli,okt ,des	april uli,okt ,des	april uli,okt ,des	april uli,okt ,des		
										9. Penyusunan Protap Rooming In	9. Tersedianya Protap Rooming In	Jan					
										10. Melakukan survey: hari perawatan partus normal	10. Adanya hasil survey: hari perawatan partus normal	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln		
										11. Mengadakan evaluasi perawatan partus normal	11. Adanya hasil evaluasi & tindak lanjut perawatan partus normal	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln		
Persalinan	Kepuasan pelanggan	≥85%	70 %	70%	75%	80%	≥85%	≥85%	Meningkatkan pelayanan persalinan	1. Penyusunan Protap pembersihan Ruang	1. Tersedianya Protap pembersihan Ruang	Jan	-	-	-		
										2. Penyusunan Protap jam berkunjung	2. Tersedianya Protap jam berkunjung	-	-	-	-		
										3. Penyusunan Protap alur Aduan pelayanan persalinan	3. Tersedianya Protap Alur aduan pasien	Jan	-	-	-		
										4. Menyediakan kotak saran, kursi/tempat tunggu yang cukup.	4. Tersedianya kotak saran, kursi/tempat tunggu yang cukup.	Feb	-	-	-		
										5. Pelatihan Customer Service	5. Terlatihnya petugas dalam customer service	April	April	April	April		
										6. Melakukan Survei kepuasan pelanggan	6. Adanya hasil survey kepuasan pelanggan	Tiap Bulan	Tiap Bulan	Tiap Bulan	Tiap Bulan		
										7. Melakukan evaluasi pelayanan setiap 1 bl	7. Adanya hasil & tindak lanjut evaluasi pelayanan						

										<p>1. anuran berkunjung ICU</p> <p>4. Penyusunan Protap alur Aduan pelayanan ICU</p> <p>5. Peningkatan kebersihan ruang</p> <p>6. Pelatihan Customer Service</p> <p>7. Mengadakan In house training pengoperasian alat</p> <p>8. Melakukan Survei kepuasan pelanggan</p> <p>9. Melakukan evaluasi pelayanan setiap 1 bl</p>	<p>1. anuran berkunjung ICU</p> <p>4. Tersedianya Protap alur Aduan pelayanan ICU</p> <p>5. Ruang terjaga kebersihannya</p> <p>6. Terlatihnya petugas dalam Customer Service</p> <p>7. Terlatihnya perawat dalam pengoperasian alat</p> <p>8. Adanya hasil survey: kepuasan pelanggan</p> <p>9. Adanya hasil dan tindaklanjut evaluasi pelayanan setiap</p>	<p>Jan</p> <p>Mei</p> <p>Sept</p> <p>Tiap bln</p>	<p>Mei</p> <p>Sept</p> <p>Tiap bln</p>	<p>Mei</p> <p>Sept</p> <p>Tiap bln</p>	<p>Mei</p> <p>Sept</p> <p>Tiap bln</p>		
ICU	Perawat bersertifikasi ICU	≥25%	10%	≥15%	≥20%	≥25%	≥25%	≥25%	Terlatihnya minimal 4 perawat yang tersertifikasi ICU	<p>1. Mengirim perawat pelatihan ICU</p> <p>2. Mengadakan in house training kegawatan pasien</p>	<p>1. Adanya perawat yang tersertifikasi ICU</p> <p>2. Terselenggaranya in house training kegawatan pasien</p>	<p>Juni</p> <p>Agst</p>	<p>Juni</p> <p>Agst</p>	<p>Juni</p> <p>Agst</p>	<p>Juni</p> <p>Agst</p>		
ICU	Rata-rata pasien kembali ke ICU dengan kasus sama ≤ 72jam	≤ 1%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 2%	≤ 1%		Penurunan angka kembalinya pasien ke ICU	<p>1. Penyusunan Protap indikator pasien Rawat ICU</p> <p>2. Penyusunan Protap pemindahan pasien ICU</p> <p>3. Penyusunan Protap timbang terima pasien</p> <p>4. Penyediaan alat dan obat sesuai standar/kebutuhan</p> <p>5. In house training perawat dalam kegawatan min 4 besar penyakit</p> <p>6. Melakukan Survei pasien yg kembali ICU dengan kasus sama ≤ 72jam</p> <p>7. Melakukan evaluasi pelayanan setiap 1 bl</p>	<p>1. Tersedianya Protap indikator pasien Rawat ICU</p> <p>2. Tersedianya Protap pemindahan pasien ICU</p> <p>3. Tersedianya Protap timbang terima pasien</p> <p>4. Tersedianya alat dan obat sesuai standar/kebutuhan</p> <p>5. Terlatihnya perawat perawat dalam kegawatan min 4 besar penyakit</p> <p>6. Adanya hasil pasien yg kembali ICU dengan kasus sama ≤ 72jam</p> <p>7. Adanya hasil dan tindaklanjut evaluasi pelayanan setiap bulan</p>	<p>Jan</p> <p>Jan</p> <p>Jan</p> <p>April</p> <p>Juni</p> <p>Tiap bln</p>	<p>April</p> <p>Juni</p> <p>Tiap bln</p>	<p>April</p> <p>Juni</p> <p>Tiap bln</p>	<p>April</p> <p>Juni</p> <p>Tiap bln</p>			

No	Unit kerja	SPM		Pencapaian Sekarang	Target dan batas waktu pencapaian					Program	Kegiatan	Tujuan	Target dan Batasan waktu					Biaya	FJ											
		indikator	nilai		2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012													
7	Gizi	Ketepatan diit pasien	100%	70%	80%	85%	90%	95%	1%	Peningkatan ketepatan diit	1. Penyusunan protap diit dan nutrisi pasien 2. Penyusunan protap distribusi makanan 3. Penyusunan protap jam saji 4. Penyusunan protap pemesanan diit pasien 5. Pelatihan teradap petugas dalam penyusunan bahan baku, pengolahan & penyajian 6. Pelatihan terkait nutrisi pasien/ tentang menu baru 7. Mengadakan survey: terkait ketepatan diit pasien 8. Melakukan evaluasi terhadap ketepatan diit pasien	1. Tersedianya protap diit dan nutrisi pasien 2. Tersedianya protap distribusi makanan 3. Tersedianya protap jam saji 4. Tersedianya protap pemesanan diit pasien 5. Terlatihnya petugas dalam penyusunan bahan baku, pengolahan & penyajian 6. Terlatihnya petugas terkait nutrisi pasien/ tentang menu baru 7. Adanya hasil survey: Angka ketepatan diit pasien 8. Adanya hasil & tindak lanjut evaluasi pelayanan	Jan	Jan	Jan	Jan	April	April	Sept	Sept	Sept	Sept	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln		
	Gizi	Kepuasan pasien	≥ 80%	70%	70%	75%	80%	≥ 80%	≥ 80%	Peningkatan kepuasan pasien	1. Penyusunan Protap menu & rasa 2. Penyusunan Protap penyajian menu 3. Penyusunan Protap alur Aduan pelayanan Gizi 4. Peningkatan kebersihan kereta makan 5. Pelatihan Customer Service 6. Melakukan Survei kepuasan pelanggan 7. Melakukan evaluasi pelayanan setiap 1 bl	1. Tersedianya Protap menu & rasa 2. Tersedianya Protap penyajian menu 3. Tersedianya Protap alur Aduan pelayanan Gizi 4. Kebersihan kereta makan terja 5. Terlatihnya petugas dalam Customer Service 6. Adanya hasil survey: kepuasan pelanggan 7. Adanya hasil & tindak lanjut evaluasi pelayanan	Jan	Jan	Jan	April	April	April	April	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln	Tiap bln							

No	Unit kerja	SPM		Pencapaian Sekarang	Target dan batas waktu pencapaian					Program	Kegiatan	Tujuan	Target dan Batasan waktu					Biaya	PJ					
		indikator	nilai		2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012							
3	Rekam Medis	Kelengkapan dokumen RM	≥ 90%	75%	80%	82%	85%	87%	90%	Peningkatan kelengkapan pengisian dok. RM	1. Penyusunan Protap pengisian RM 2. Melakukan survey kelengkapan pengisian dok. RM 3. Mengadakan rapat evaluasi kelengkapan pengisian dok. RM 4. Mengirim surat kepada petugas/unit untuk melengkapi dok. RM	1. Tersedianya protap pengisian RM 2. Adanya hasil survey kelengkapan pengisian dok. RM 3. Adanya hasil evaluasi & tindak lanjut 4. Agar dok. RM terisi lengkap		Jan	Jan	Jan	Jan	Jan						
	Rekam Medis	Waktu pelayanan pembuatan visum 4 hari	≥ 80%	65%	70%	75%	≥80%	≥80%	≥80%	Terlayannya hasil Visum dalam 4 hari	1. Penyusunan Protap Visum 2. Pembuatan alur pelayanan visum 3. Melakukan survey: lamanya permohonan visum s.d visum jadi 4. Melakukan evaluasi pelayanan visum 5. Mengirim surat kepada petugas yang belum melengkapi data visum	1. Tersedianya protap visum 2. Tersedianya alur pelayanan visum 3. Adanya hasil survey: lamanya permohonan visum s.d visum jadi 4. Adanya hasil evaluasi & tindak lanjut pelayanan visum 5. Agar data visum terlengkapi.		Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan, April, Juli, Okt	Jan, April, Juli, Okt	Jan, April, Juli, Okt	Jan, April, Juli, Okt		

No	Unit kerja	SPM		Pencapaian Sekaran	Target dan batas waktu pencapaian					Program	Kegiatan	Tujuan	Target dan Batas waktu					Biaya	PI
		indikator	nilai		2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012		
9	Limbah	Kesesuaian baku mutu limbah	≥80%	60%	65%	70%	75%	≥80%	≥80%	Pengolahan limbah cair sesuai standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan SOP Pengolahan limbah 2. Penyusunan SOP pengoperasinalan IPAL 3. Penyusunan SOP Pemeriksaan kualitas air limbah 4. Penyusunan SOP Pemeliharaan (service) IPAL 5. Melakukan kalibrasi alat-alat IPAL 6. Perbaikan kerusakan dan penggantian sparepart alat yang rusak 7. Penyempurnaan jaringan air limbah 8. Mengadakan Survey kesesuaian baku mutu limbah yang sudah diolah 9. Melakukan evaluasi pelayanan setiap 1 bl 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya SOP Pengolahan limbah 2. Tersedianya SOP pengoperasinalan IPAL 3. Tersedianya SOP Pemeriksaan kualitas air limbah 4. Tersedianya SOP Pemeliharaan (service) IPAL 5. Adanya hasil kalibrasi alat-alat IPAL/ 6. Alat terpelihara 7. Agar semua limbah cair yg dihasilkan dpt dialirkan ke IPAL secara optimal 8. Adanya hasil survey kesesuaian baku mutu limbah yang sudah diolah 9. Adanya hasil dan tindaklanjut evaluasi pelayanan setiap 							
		Ketepatan pemisahan sampah medis dan non medis	≥85	40%	65	70	75	80	≥85	Pengelolaan sampah medis dan medis sesuai standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan Kebijakan kebersihan 2. Penyusunan protap pengantian alat tenun 3. Penyusunan protap Pengelolaan sampah medis dan non medis 4. Penyusunan protap penanganan/ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya Kebijakan kebersihan 2. Tersedianya protap pengantian alat tenun 3. Tersedianya protap Pengelolaan sampah medis dan non medis 4. Tersedianya protap penanganan/ 							

										<ul style="list-style-type: none"> 5. pemusnahan sampah 6. Pengadaan tong sampah medis dan non medis 7. Pelatihan infeksi nosokomial 8. Mengadakan Survey: Angka ketepatan pemisahan sampah medis dan non medis 9. Melakukan evaluasi penanganan sampah medis dan non medis 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Tersedianya tong sampah medis dan non medis 6. Terlatihnya petugas mengenai infeksi nosokomial 7. Adanya hasil Survey: Angka ketepatan pemisahan sampah medis dan non medis 8. Adanya hasil dan tindak lanjut evaluasi penanganan sampah medis dan non medis 						
Limbah	Kesesuaian baku mutu limbah cair	≥80%	60%	65%	70%	75%	80%		Pengolahan limbah cair		<ul style="list-style-type: none"> 1. Tersusunnya SOP Pengolahan limbah 2. Tersusunnya SOP pengoperasian IPAL 3. Tersusunnya SOP pemeriksaan kualitas air limbah 4. Tersusunnya SOP pemeliharaan IPAL 5. Mengetahui tingkat kesesuaian baku mutu limbah 						

No	Unit kerja	SPM		Pencapaian Sekarang	Target dan batas waktu pencapaian					Program	Kegiatan	Tujuan	Target dan Batasan waktu					Biaya	PJ										
		indikator	nilai		2008	2009	2010	2011	2012				2008	2009	2010	2011	2012												
10	Ambulance	Kecepatan pelayanan maksimal 30 menit	≥ 80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Peningkatan pelayanan ambulance	1. Pembuatan protap pemeliharaan ambulance 2. Pembuatan protap penggunaan ambulance rujukan 3. Pembuatan protap penggunaan ambulance jenazah 4. Pembuatan protap penggunaan ambulance 118 utk rujukan 5. Pembuatan protap sopir yang on call 6. Pembuatan protap pemesanan ambulance 7. Pemenuhan kebutuhan tenaga sopir sesuai standar/kebutuhan 8. Melakukan survey kecepatan pelayanan ambulance 9. Mengadakan evaluasi pelayanan ambulance	1. Tersedianya protap pemeliharaan ambulance 2. Tersedianya protap penggunaan ambulance rujukan 3. Tersedianya protap penggunaan ambulance jenazah 4. Tersedianya protap penggunaan ambulance 118 utk rujukan 5. Tersedianya protap sopir yang on call 6. Tersedianya protap pemesanan ambulance 7. Terpenuhinya kebutuhan tenaga sopir sesuai standar/kebutuhan 8. Adanya hasil survey kecepatan pelayanan ambulance 9. Adanya tindak lanjut hasil survey dan evaluasi pelayanan ambulance	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	April	April	April	April	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln	Setiap bln		

									pelayanan obat	produk obat baru	baru	Des	Des	Des	Des	Des		
										6. Melakukan survey kesalahan penulisan etiket obat 7. Melakukan evaluasi pelayanan obat	6. Adanya hasil survey kesalahan penulisan obat 7. Adanya tindak lanjut evaluasi pelayanan obat	Des	Des	Des	Des	Des		
Inst. Farmasi	Kejadian tidak terlayani a resep	≤ 5 %	95%	95%	95%	95%	≥ 95%	≥ 95%	Meminimalkan jumlah resep yang tak terlayani	1. Membuat daftar formularium obat DPHO dan non DPHO setiap tahun 2. Penyusunan edaran penulisan obat sesuai formularium 3. Penulisan protap terkait copy resep 4. Pengadaan stoke obat yang mencukupi 5. Melakukan survey resep yang tak terlayani 6. Mengadakan evaluasi pelayanan obat.	1. Adanya daftar formularium obat 2. Adanya edaran penulisan obat sesuai formularium 3. Adanya protap terkait copy resep 4. Adanya stoke obat yang mencukupi 5. Adanya hasil survey resep yang tak terlayani 6. Adanya tindak lanjut evaluasi pelayanan obat.		Jan	Jan	Jan	Jan		
												Okt	Jan	Jan	Jan	Jan		
												Nov						
												Des	Des	Des	Des	Des		
												Des	Des	Des	Des	Des		
												Des	Des	Des	Des	Des		
Inst. Farmasi	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80 %	80 %	80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Meningkatkan mutu pelayanan obat	1. Pembuatan protap pembersihan ruang tunggu. 2. Penyediaan tempat duduk/ruang tunggu yang cukup 3. Penjualan obat sesuai HET 4. Penyusunan alur pelayanan resep 5. Penyusunan protap waktu penyelesaian racikan dan non racikan 6. Pelatihan customer service	1. Tersedianya protap pembersihan ruang. 2. Tersedianya tempat duduk/ruang tunggu yang cukup 3. Harga obat terjangkau 4. Adanya alur pelayanan resep 5. Tersedianya protap waktu penyelesaian racikan dan non racikan 6. Terlatihnya petugas dalam customer service	Agst		April				
												Juni	Jan					
												Sept						
												Agst						
												Okt	Okt					

										12. Menyediakan kotak saran, kursi tunggu yang cukup.	42. Tersedianya kotak saran								
										13. Penambahan jenis pelayanan (Geriatric, psikologi, ortopedi).	13. Adanya tambahan jenis pelayanan poliklinik (Geriatric, psikologi, ortopedi).	Jan.	-	-	Jan.				
										14. Membuka 2 layanan poliklinik dengan kunjungan berlebih (poli dalam)	14. Dibukanya 2 poliklinik yang padat pasien.	Jan							
Inst. Rajal	Waktu mulai pemeriksaan poli klinik jam 10.00 WIB	≥ 90 %	70%	80%	85%	90%	90%	90%	Meningkatkan ketepatan waktu mulai pemeriksaan	1. Penyusunan protap pelayanan, termasuk jam buka poliklinik 2. Membangun komitmen peningkatan pelayanan, terutama ketepatan waktu mulai pemeriksaan 3. Melakukan survey jam mulai pemeriksaan 4. Mengadakan evaluasi pelayanan Rajal setiap 3 bl	1. Tersusunnya protap pelayanan Rajal 2. Adanya komitmen peningkatan pelayanan 3. Adanya hasil survey 4. Adanya hasil evaluasi & tindak lanjut pelayanan Rajal	Jan Jan							
Inst. Rajal	Waktu tunggu pasien poliklinik tidak lebih dari 2 jam	≥ 90 %	60%	75%	85%	90%	90%	90%	Pembuatan protap pelayanan pasien Rajal.	1. Sosialisasi protap Pelay. Rajal 2. Pencatatan waktu tunggu pasien (survey) 3. Paparan poli yg waktu tunggu > 2 jam (hasil survey)	1. Untuk pemberitahuan kepada petugas 2. Protap tsb sebagai bukti otentik Pely. Rajal > 2 jam 3. Penggalanagn kerja yg serasi dan mantap	Jan Jan - Juli Feb-Agust	Jan Jan - Juli Feb-Agust	Jan Jan - Juli Feb-Agust	Jan Jan - Juli Feb-Agust				

										10. Melakukan evaluasi pelayanan administrasi pasien pulang setiap 1 bl	10. Adanya hasil & tindak lanjut evaluasi pelayanan administrasi pasien pulang setiap 1 bl						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--